



**UNIVERSITE EL HADJI IBRAHIMA NIASS**

\*\*\*\*\*

**ECOLE DE MEDECINE  
SAINT CHRISTOPHER-IBA MAR DIOP**

Rue 70 x 55 Fann Hock – BP 25978 Dakar-Fann  
Tél : (221) 842 15 13 – 643 97 63 Télécopie : (221) 842 65 47  
E.mail : stchrisdiop@sentoo.sn - Site web : www.uein.sn



# Diplôme d'Université d'Echographie Générale

## FEUILLE DE DEMANDE D'INSCRIPTION

**NOM :** ..... **Prénoms :** .....

**Date de naissance :** ..... **Ville :** ..... **Pays :** .....

**Sexe**  féminin  masculin **Nationalité** .....

**Adresse au Sénégal :** .....

.....

**Tél :** ..... **Mobile :** ..... **Télécopie :** .....

**E.mail :** .....@.....

**Adresse à l'étranger** **Pays :** .....

.....

.....

**Indicatif :** ..... **Tél :** ..... **Mobile :** ..... **Télécopie :** .....

**Doctorat en médecine** **Année d'obtention :** ..... **Ville :** ..... **Pays :** .....

### **Autres diplômes**

Intitulé	Année	Pays

### **Expériences Professionnelles**

Emplois / Fonction	Structure d'accueil	Période	Activités / Taches

### **Financement de votre formation**

- Employeur (précisez) .....
- Moi même     Bailleurs de fonds .....
- Autres .....
- 

### **Autres renseignements**

- **Comment avez-vous appris l'existence du diplôme ?**
    - Affiche
    - Presse écrite
    - Professeur
    - Site Web
    - Collègue
    - Autres : .....
  - **Avez-vous été initié en échographie ?**     oui     non
    - Formation pratique                       oui     non
    - Formation théorique                       oui     non
- 

### **Pièces à fournir**

- Photocopie certifiée conforme du diplôme de doctorat en médecine
  - 3 photographies d'identité récentes portant chacune au verso nom et prénom du candidat
  - Pièce d'état civil ou toute autre pièce tenant lieu
- 

### **Frais**

- de dossier :            10 000 frs
- d'inscription :        25 000 frs
- de formation : 1 500 000 frs
- Paiement en espèces ou par chèque libellé à l'ordre de :

*Ecole de Médecine Saint Christopher – Iba Mar DIOP*

---

**Je désire m'inscrire à la session de :**     Janvier     Mai     Septembre

Dakar le .....

**Signature du candidat**

(certifiant l'exactitude des informations ci-dessus)